

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**“PRINCIPALES COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES  
Y VAGINALES TOTALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL 2013-  
2015”**

**Por**

**DRA. ANA LUCIA POLANCO SOSA.**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**MARZO, 2018**

**"PRINCIPALES COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES  
Y VAGINALES TOTALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL 2013-  
2015"**

**Aprobación de la tesis:**




**Dr. MARCELO LUNA RIVERA**  
Director de la tesis



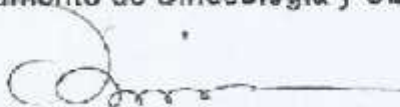
**Dra. Sci. GERALDINA GUERRERO GONZALEZ**  
Coordinadora de Investigación  
Departamento de Ginecología y Obstetricia

**Dr. LEZMES DIONICIO VALDÉS CHAPA**  
Jefe de Enseñanza

Departamento de Ginecología y Obstetricia



**Dr. DONATO SALDIVAR RODRIGUEZ**  
Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia



**Dr. FELIPE ARTURO MORLAES MARTÍNEZ**  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores, motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN.....	9
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.....	11
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS ..	44
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS ..	45
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS ..	47
Capítulo VI	
6. RESULTADOS ..	49
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN ..	59
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN ..	63
Capítulo IX	
9. ANEXOS ..	65
Capítulo X	

10. BIBLIOGRAFÍA .....	67
Capítulo XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	71

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1.Vías quirúrgicas de histerectomía, ventajas y desventajas .....	15
2. Comparación mundial de las frecuencias de empleo de las distintas técnicas de histerectomía.....	25
3. Clasificación de la obesidad según la OMS .....	26
4. Número de cesáreas previas .....	49
5. Cirugías previas .....	52
6. Hemoglobina preoperatoria .....	56

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Tipos de histerectomía .....	12
2. Indicaciones de histerectomía .....	17
3. Comorbilidades .....	50
4. Diagnósticos preoperatorios .....	53
5. Diagnósticos postoperatorios .....	54
6. Cirugía realizada.....	55
7. Complicaciones .....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS

**HAT:** histerectomía abdominal total

**HV:** histerectomía vaginal

**HL:** histerectomía total laparoscópica

**HVAL:** histerectomía vaginal asistida por laparoscopia

**HSL:** histerectomía supracervical laparoscópica

**SP:** suelo pélvico.

**AINES:** antiinflamatorios no esteroideos.

**HTA:** hipertensión arterial sistémica.

**DM:** diabetes mellitus.

**TDM:** trastorno depresivo mayor.

**SUA:** sangrado uterino anormal

**SPCB:** salpingoclasia bilateral

**SOB:** salpingooforectomía bilateral

**HA:** histerectomía abdominal

**IVUB:** infección de vías urinarias bajas

**SOI:** salpingooforectomía izquierda

**SOD:** salpingooforectomía derecha

**AMEU:** aspirado manual endouterino



## CAPÍTULO I

### RESUMEN.

Introducción: La histerectomía es el procedimiento ginecológico que se realiza antes de los 60 años, a una de cada tres mujeres en los Estados Unidos y a una de cada cinco en Gran Bretaña (6) y aunque la histerectomía es un procedimiento comúnmente bien tolerado las complicaciones pueden ocurrir, pudiendo diagnosticarse durante la cirugía o posteriormente a ella; relacionadas de acuerdo a la vía y la técnica quirúrgica (11).

Objetivos: corroborar que la complicación más frecuente en las pacientes postoperadas de histerectomía vaginal y abdominal fue la herida quirúrgica infectada y la lesión intestinal.

Material y métodos: Se solicitaron en el Departamento de Archivo del Hospital Universitario los expedientes de pacientes a quienes se les practicó histerectomía vaginal y / o abdominal durante el periodo 2013-2015. Variables: edad de la paciente, menarquia, gestas, menopausia, comorbilidades, antecedente de cirugías previas, peso de la paciente, hemoglobina de ingreso, vía quirúrgica, tiempo quirúrgico, diagnósticos pre / postoperatorios, así como la cirugía planeada y la realizada y el tipo de complicación presentada.

Resultados: De las 1003 pacientes analizadas, se reportaron 118 casos (11.18%) de complicaciones postquirúrgicas tanto inmediatas como mediatas. La histerectomía abdominal se realizó en un 97% ocurriendo complicaciones en el 10.37%. Para la histerectomía vaginal que abarcó el 3%, se reportaron complicaciones en 1.39% de los casos. La complicación más frecuente fue el granuloma piógeno en un 2.09%, seguida de herida quirúrgica infectada en un 1.59% y la herida quirúrgica dehiscente en un 1.39%; todas éstas se encontraron en la histerectomía abdominal; Mientras que en la histerectomía vaginal la única complicación fue la IVUB en un 1.39%.

Conclusiones: la histerectomía abdominal fue la vía de abordaje más utilizada en este estudio y tuvo más complicaciones postquirúrgicas que la histerectomía vaginal.

## CAPÍTULO II

### INTRODUCCIÓN.

#### 2.1 Concepto

La histerectomía es una intervención quirúrgica irreversible mediante la cual se extirpa el útero, parte del útero o el útero más algunos órganos adyacentes. Existen varios tipos de histerectomía; la histerectomía subtotal la cual consiste en la extirpación solo del cuerpo del útero, la histerectomía total en la cual se extirpa tanto el cuerpo como el cuello del útero y la histerectomía radical en la que se extrae el cuerpo del útero, el cuello del útero, la parte alta de la vagina y todos sus ganglios y conductos linfáticos. (1) Figura 1.



Figura 1. Tipo de Histerectomía (2)

## 2.2 Historia

Algunas referencias de la histerectomía se remontan al siglo V a. C., en la época de Hipócrates. Los primeros intentos de extirpar un útero fueron por vía vaginal por un prolapso uterino. (3)

La medicina moderna registró por primera vez una cirugía exitosa de este tipo en 1813. Washington L. Atlee, de Lancaster, Pennsylvania, realizó la

primera miomectomía abdominal exitosa en 1844. La apertura del abdomen solía complicarse con una hemorragia postoperatoria, la que con frecuencia era mortal.

La primera descripción rigurosa de la histerectomía vía vaginal moderna fue descrita por Feenger, en 1881. La primera histerectomía abdominal data de 1844, siendo Charles Clay, en Inglaterra. Edward H. Richardson en 1929 escribió la técnica con tal precisión que continúa teniendo validez en el campo. En 1989, Reich y DeCarpio describieron la histerectomía laparoscópica por primera vez. (4)

La ginecología estaba en vías de desarrollo como especialidad y los ginecólogos contaban con poco más que la cirugía para ayudar a sus pacientes. Los estrógenos y la progesterona no fueron descubiertos hasta fines de 1920 y comienzos de 1930. En la práctica moderna de la ginecología, el uso apropiado de estos conocimientos y de las tecnologías diagnósticas modernas y avanzadas permite seleccionar opciones terapéuticas más correctas para enfermedades médicas más complejas. Gracias al uso apropiado de las transfusiones de sangre, los antibióticos y los avances en las técnicas de anestesia, un cirujano ginecólogo capaz puede realizar una histerectomía con bastante facilidad. (5)

## 2.3 Elección del abordaje

En la actualidad podemos abordar la histerectomía con un mayor número de opciones, cada una con diferentes ventajas y limitaciones: histerectomía abdominal total (HAT), histerectomía vaginal (HV), histerectomía total laparoscópica (HL), histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), histerectomía supracervical laparoscópica (HSL).

La histerectomía abdominal total permite al cirujano palpar los órganos pélvicos directamente. Sin embargo, puede aumentar la formación de adherencias y generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio. (5). Además deja cicatriz en la pared abdominal. No necesariamente se obtiene una mejor visión de la cavidad abdominopélvica en algunas situaciones y patologías. Si comparamos la técnica total con la técnica subtotal por vía abdominal, esta última tiene una recuperación más rápida, estadía hospitalaria más corta y una menor posibilidad de complicaciones. (6)

La histerectomía vaginal permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. Además facilita la sección de los ligamentos úterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas.

La histerectomía total laparoscópica permite y facilita el diagnóstico y tratamiento de patologías como endometriosis y adherencias. Facilita la remoción ovárica, la sección del ligamento ancho, la identificación de los uréteres, y permite realizar una hemostasia prolija.

La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal. La histerectomía supracervical laparoscópica surge a partir de 1989. Permite y facilita lo mismo que la histerectomía total laparoscópica, pero una de las

principales ventajas es que mantiene la indemnidad del SP (suelo pélvico). Además permite acortar los tiempos operatorios, es un procedimiento mínimamente invasivo y se asocia a menos pérdida de la función sexual, menos posibilidad de complicaciones y menos lesiones y síntomas urinarios. Para indicarla se requiere como condición que: el SP se encuentre indemne, ausencia de prolapso genital, ausencia de dolor pélvico y/o de dispareunia, citología de Papanicolau normal, relativa seguridad de control y seguimiento a futuro, patología benigna del cuerpo uterino y/o de los anexos. (7) Tabla 1

Tabla 1.

Vías quirúrgicas de Histerectomías, ventajas y desventajas. (8)

Descripción	Ventajas	Desventajas
<b>Vaginal</b> El útero se extrae por la vagina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las cicatrices no son visibles</li> <li>Comparada con la cirugía abdominal: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento más corto</li> <li>Hospitalización más corta</li> <li>Reanudación más rápida de las actividades habituales</li> <li>Menos infecciones</li> <li>Menor dolor</li> </ul> </li> </ul>	No siempre es posible si hay adherencias presentes o el útero es muy grande
<b>Abdominal</b> Se extrae el útero por una incisión en la parte inferior del abdomen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se puede hacer si hay adherencias</li> <li>Se puede hacer si el útero es grande</li> <li>Buena visualización para el cirujano</li> </ul>	Comparada con la cirugía vaginal o laparoscópica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización más larga</li> <li>Incisión más grande</li> <li>Tiempo de cicatrización más largo</li> </ul>
<b>Laparoscópica</b> Se introduce un laparoscopio y otros instrumentos por pequeñas incisiones en el abdomen	Comparada con la cirugía abdominal: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cicatrices más pequeñas</li> <li>Hospitalización más corta</li> <li>Menos infecciones</li> <li>Menor pérdida de sangre</li> </ul>	Comparada con la cirugía abdominal: <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento más largo</li> <li>Mayor riesgo de lesión a las vías urinarias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH, por sus siglas en inglés)</b> El útero se extrae por la vagina</li> </ul>	Igual que con la cirugía laparoscópica	Igual que con la cirugía laparoscópica
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Histerectomía laparoscópica asistida por robot</b> Se acopla un robot a una cámara y a instrumentos laparoscópicos para facilitar la extracción del útero</li> </ul>	Igual que con la cirugía laparoscópica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento más largo que el de laparoscopia sin robot</li> <li>Requiere un cirujano con experiencia</li> <li>Se requiere más información sobre los riesgos y beneficios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Laparoscopia con una sola incisión</b> Se hace una pequeña incisión abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual que con la cirugía laparoscópica</li> <li>Una sola cicatriz pequeña</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual que con la cirugía laparoscópica</li> <li>Requiere un cirujano con experiencia</li> <li>Se requiere más información sobre los riesgos y beneficios</li> </ul>

Una evaluación preoperatoria cuidadosa (que comience con una anamnesis detallada y un buen examen físico y que cuando sea necesario incluya estudio por imágenes como ecografía y/o tomografía computada de pelvis / abdomen), en general permitirá al ginecólogo decidir cuál es el tipo de histerectomía apropiada 6. Siempre debe explicarse minuciosamente y analizar todas opciones, beneficios y complicaciones a la paciente (9)

## 2.4 Indicaciones de histerectomía



La histerectomía es el procedimiento ginecológico que más frecuente se realiza en los Estados Unidos, realizándose 600,000 al año. Entre las principales indicaciones se encuentran padecimientos benignos, alrededor del 90%, entre los diagnósticos más frecuentes podemos encontrar leiomiomas, sangrado uterino anormal, hiperplasia endometrial, displasias cervicales, adenomiosis, patología anexial, pólipo endometrial, dismenorrea, endometriosis y prolapso uterino. (10)

<b>Enfermedad benigna</b>	<b>Enfermedad maligna</b>
Sangrado anormal	Neoplasia cervical intraepitelial
Leiomioma /Adenomiosis	Cáncer cervical invasor
Endometriosis	Hiperplasia endometrial atípica
Prolapso de órganos pélvicos	Cáncer de endometrio
Dolor pélvico crónico	Cáncer de ovario
Trastornos relacionados con el embarazo	Cáncer de las trompas de Falopio
Enfermedad pélvica inflamatoria	Tumores gestacionales trofoblásticos

Figura 2. Indicaciones de la histerectomía. (11)

## 2.5 Técnica quirúrgica

La paciente se coloca en la mesa de operaciones en decúbito dorsal. Se desinfecta la vagina y la región perineal con soluciones antisépticas, se introduce una sonda Foley.

Luego se desinfecta el abdomen desde la cara anterior de los muslos hasta el apéndice xifoides y se colocan los campos estériles. En la mayoría de los casos es posible realizar la histerectomía abdominal por enfermedad benigna a través de una incisión transversal infraumbilical; la mayoría de los ginecólogos prefiere una incisión tipo Pfannenstiel, que es estéticamente atractiva y resistente.

Se eleva el útero colocando 2 pinzas a traumáticas en cada cuerno de forma que atraviesen los ligamentos anchos, aportando tracción y evitando el sangrado retrogrado.

Se separa el útero hacia el lado izquierdo de la paciente y se tensa el ligamento redondo derecho. Con la porción proximal sujeta por la pinza de ligamento ancho, la porción distal del ligamento redondo se liga con una sutura.

La porción distal puede agarrarse con pinzas y se corta el ligamento redondo para poder separar las hojas anterior y posterior del ligamento ancho. La hoja anterior del ligamento ancho se corta con tijeras de Metzemaum, a lo largo de plica vesicouterina, separando la reflexión del peritoneo en la vejiga y el segmento uterino inferior.

Extendiendo la incisión cranealmente sobre la hoja posterior del ligamento ancho se entra en el retroperitoneo. Con el dedo índice o la parte posterior de la pinza de tejidos el cirujano abre con delicadeza el tejido areolar laxo del retroperitoneo e identifica la arteria iliaca externa sobre la superficie interna del músculo psoas. En la mayoría de los casos se puede identificar la arteria con mucha facilidad y se utiliza disección roma para exponerla en dirección superior hasta la altura de la bifurcación de la arteria iliaca común. El uréter siempre cruza el reborde del estrecho superior de la pelvis en esta región y debe identificarse fácilmente en la parte interna de la hoja medial del peritoneo en este punto. La arteria iliaca interna o hipogástrica se introduce en la pelvis en esta zona en sentido paralelo al uréter y también debe identificarse.

Si se van a mantener los ovarios, el útero debe traccionarse hacia la sínfisis del pubis y desviarlo hacia un lado, tensando el ligamento infundibulopélvico, la trompa y el ovario contralaterales. Bajo visualización directa del uréter, se crea una ventana en el peritoneo de la hoja posterior del ligamento ancho, por debajo del ligamento uteroovarico y de la trompa de Falopio. Se pinzan la trompa y el ligamento uteroovarico de cada lado con una pinza curva de Heaney, se corta y se liga con una ligadura simple y con otra por transfixión. La pinza medial del cuerno uterino debe controlar el sangrado retrogrado.

Si se van a extirpar los ovarios, la incisión peritoneal se amplía extendiéndose cranealmente hacia el infundíbulo pélvico y caudalmente hacia la arteria uterina. Esta incisión permite la exposición de la arteria uterina, del ligamento infundíbulo pélvico y del uréter. De esta forma el uréter se aleja de los vasos uterinos y del ligamento infundíbulo pélvico. Se coloca una pinza curva

de Heaney lateral al ovario, teniendo en cuenta de que todo el ovario este incluido en la pieza quirúrgica. Se corta el ligamento infundíbulo pélvico de cada lado y se coloca una ligadura doble. Alternativamente, se pueden pasar ligaduras simples alrededor del ligamento infundíbulo pélvico dos proximales y una distal, antes de cortar el ligamento. La trompa y el ovario se pueden dejar en la parte posterior de la pelvis si la exposición es adecuada o se puede cubrir con delicadeza con compresas para dejarlos en la corredera parietocólica, con cuidado de no comprometer la irrigación sanguínea. Con la punta de las tijeras Metzenbaum dirigidas hacia el útero, y con pequeños cortes, se separa la vejiga del segmento uterino inferior y del cuello del útero, en esta parte debe evitarse bajar la vejiga con torunda por el sangrado, existe un plano a vascular entre el segmento uterino inferior y la vejiga que luego sí que permitirá esta disección. La disección debe llevarse a cabo sobre el cuello uterino, para evitar el sangrado y la lesión de los uréteres. La disección roma de la vejiga puede lograrse con facilidad tomando el útero y el segmento uterino inferior entre ambas manos y usando delicadamente el primer dedo o los 2 primeros dedos para desplegar la vejiga.

El útero se tracciona cranealmente y se desvía a un lado de la pelvis, estirando los ligamentos inferiores. Se diseca o pela la vascularización uterina quitando cualquier tejido laxo restante y se coloca una pinza curva de Heaney perpendicular a la arteria uterina, en la unión del cuello con el cuerpo uterino se deben tener cuidado y colocar la punta de la pinza adyacente al útero en este estrechamiento anatómico. Entonces se cortan y se ligan los vasos, se prefiere

la pinza y la ligadura doble. Se repite el mismo procedimiento en el lado opuesto.

Si se va a separar el recto de la cara posterior del cuello del útero, debe abrirse el peritoneo posterior entre los ligamentos uterosacros, justo debajo del cuello del útero. En esta zona hay un plano relativamente avascular que permite separar el recto del campo quirúrgico en dirección caudal. El ligamento cardinal se separa colocando una pinza de Heaney recta, medial al pedículo vascular uterino, a una distancia de 2 ó 3 cm paralelo al útero. Entonces se corta el ligamento y el pedículo se liga por transfixión. Este paso se repite a cada lado hasta que se alcanza la unión entre el cuello y la vagina.

Se tracciona el útero hacia arriba y se palpa la punta del cuello del útero. Se coloca una pinza curva de Heaney a cada lado, incluyendo los ligamentos uterosacros y la vagina superior, justo por debajo del cuello del útero. Debe tenerse cuidado de no acortar excesivamente la vagina. El útero se separa unas tijeras curvas fuertes.

Se han descrito diversas técnicas para el cierre de la colpomotía. Se puede realizar una sutura en ocho con material reabsorbible del 2/0 entre las puntas de las pinzas, esta sutura se utiliza tanto para la tracción como para la hemostasia. También se pueden poner suturas en las puntas de cada pinza, y los pedículos se suturarán con un punto de Heaney, incorporando así en los ángulos de la vagina, los ligamentos uterosacros y cardinal. También se puede dejar abierta la colpomotia para que cierre por segunda intención. Si se utiliza

este método, se colocará una sutura continua cerrada para hacer hemostasia a lo largo del reborde vaginal.

Después de irrigar la pelvis con abundante cantidad de solución fisiológica tibia se examinan los pedículos de forma minuciosa para asegurar la hemostasia.

Verificar la integridad de los uréteres, la vejiga y los grandes vasos. Los sitios más comunes de lesión de los uréteres en la histerectomía abdominal son los ligamentos infundíbulo pélvicos, donde se ligan los vasos ováricos, el área de la ligadura de las arterias uterinas y la base de la vejiga. No se vuelve a peritonizar la pélvis pero se coloca el colon sigmoidees sobre el manguito vaginal y así reducir el riesgo de adherencias. Se retiran las compresas y los separadores, se vuelve a comprobar la hemostasia en el abdomen y se coloca el epiplón en la parte anterior. Se cierra el peritoneo anterior con material de sutura de reabsorción lenta. El tipo de cierre de la aponeurosis depende el riesgo de infección y de riesgos de eventración de la paciente. Pudiendo utilizarse una sutura de reabsorción lenta monofilamento, como el PDS® (Ethicon) montado en una guja redonda grande. Si existe riesgo de dehiscencia secundaria a infección u obesidad se pueden usar puntos separados o una técnica de cierre en masa. La piel puede cerrarse con sutura sub dérmica de material reabsorbible o con grapas. (12)

## 2.6 Recuperación.

Varios estudios en los últimos años han indicado que la alimentación precoz después de la histerectomía es segura y de hecho facilita el alta temprana. (13) En muchos casos las pacientes pueden tolerar la comida sólida el primer día del post operatorio. Sin embargo se debe tener en cuenta las maniobras particulares realizadas en la paciente y ser conservador con la indicación de la dieta si se prevé un íleo postoperatorio. El alta hospitalaria se dará siempre que la paciente tenga buenos ruidos intestinales, tolere la comida sólida y no este distendida.

En la mayoría de las pacientes se deja la sonda Foley colocada durante la noche después de la histerectomía abdominal, aunque se ha demostrado que en la mayoría de veces no es necesario disponiendo de un buen personal de enfermería. En pacientes con lesión vesical o analgesia peridural continua para aliviar el dolor después de la operación, se puede indicar el uso más apropiado de la sonda.

En cuanto a la actividad se recomienda la deambulacion temprana ya que disminuye la incidencia de tromboflebitis y neumonías. Al alta se debe indicar evitar esfuerzos físicos durante 6 semanas, para minimizar el estrés sobre la fascia y permitir la cicatrización completa. No se recomienda el coito hasta 6 semanas después de la cirugía.

La duración de la internación postoperatoria ha disminuido notablemente en los últimos 20 años, la mayoría de las pacientes son dadas de alta al cabo de 3 ó 4 días. Esta tendencia a la internación más breve requiere una mejor educación

de la paciente y un ambiente en casa adecuado donde pueda recuperarse en forma cómoda y segura. (14)

## 2.7 Complicaciones

Antes de los 60 años, a una de cada tres mujeres se le practica la histerectomía en los Estados Unidos, y a una de cada cinco en Gran Bretaña. Aunque la histerectomía es un procedimiento comúnmente bien tolerado las complicaciones pueden ocurrir, pudiendo diagnosticarse durante la cirugía o posterior a ella; Las complicaciones están relacionadas de acuerdo a la vía y la técnica quirúrgica. (15)

Cabe destacar que la cirugía ginecológica está cambiando continuamente y por ende sus complicaciones. La tasa de complicaciones varían entre el 0.2% al 26%. El daño visceral y lesión de grandes vasos pélvicos son frecuentes en la cirugía oncológica o cuando hay pérdida de la anatomía debido a infección o endometriosis. El factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. Siendo tan importante la observación durante el postoperatorio, vigilando pulso, presión sanguínea, función respiratoria, diuresis, temperatura, hemograma, entre otras. (16)

Como se mencionó anteriormente existe la histerectomía vaginal, abdominal y laparoscópica. Siendo la abdominal la vía más común para este



procedimiento a pesar de producir una estancia hospitalaria más prolongada, presentar mayor dolor en el posoperatorio, una mayor tasa de infecciones y lento retorno a las actividades normales. La vía vaginal es la menos invasiva, teniendo una recuperación más rápida, presentar menos episodios febriles y gastos. A pesar de los beneficios de la histerectomía vaginal, de 1990 a 2005 se registró un descenso del 2% en la cantidad de histerectomías realizadas en el mundo. Existen las histerectomías laparoscópicas que se iniciaron en 1989, siendo una técnica que se ha popularizado rápidamente, y aumentó de un 0.3 a 14% de todas las histerectomías en 2005; teniendo ventajas similares a la vía vaginal, aunque tiene un mayor tiempo de duración, tiene un costo mayor y presenta riesgos asociados a las incisiones abdominales.

La edad se asocia con la vía quirúrgica, la edad promedio de histerectomías laparoscópicas es 44.2 años, frente a 45.2 años para la vía abdominal y 49.3 años para la vía vaginal. (3) Tabla 2

Tabla 2

Comparación mundial de las frecuencias de empleo de las distintas técnicas de histerectomía. (11)

	Abdominal (%)	Vaginal (%)	Laparoscopia (%)
EE. UU nacional	63	29	11
EE. UU California	71	25	4
EE. UU Minnesota	44	56	<1
Inglaterra	75	23	1.4
Australia	40	45	15
Dinamarca	80	14	6
Finlandia	58	18	24
España	68	25	9

Una evaluación preoperatoria cuidadosa que incluya una anamnesis detallada y un buen examen físico permitirá al ginecólogo decidir sobre es el tipo de histerectomía apropiada (8).

Las complicaciones ginecológicas quirúrgicas se clasifican en mayores y menores; encontrando dentro de las mayores la lesión vesical, ureteral, intestinal, transfusión sanguínea en posoperatorio, hematomas / abscesos pélvicos, eventración, íleo posoperatorio, reintervención y la mortalidad; entre las complicaciones menores tenemos la infección del sitio operatorio y la dehiscencia superficial.

Las pacientes a las que se les ofrece una histerectomía deberán estar informadas acerca del riesgo aumentado de complicaciones asociadas, siendo la fiebre y la infección las responsables de la mayoría.

Se han identificado factores de riesgo que pueden complicar ésta cirugía, algunos de estos factores de riesgo pueden ser: Figura 3

- Obesidad de la paciente

- Tabaquismo.
- Anemia.
- Patología cardíaca o pulmonar.
- Diabetes.
- Intervención quirúrgica previa o que haya padecido una infección grave en la pelvis.
- Uso de medicamentos
- Edad de la paciente. (17)

Tabla 3. Clasificación de la Obesidad según la OMS (1)

Clasificación	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo asociado a la salud
<b>Normo peso</b>	18.5 – 24.9	Promedio
<b>Exceso de peso</b>	$\geq 25$	
<b>Sobrepeso o pre obeso</b>	25 – 29.9	Aumentado
<b>Obesidad grado I o moderada</b>	30 – 34.9	Aumento moderado
<b>Obesidad grado II o severa</b>	35 – 39.9	Aumento severo
<b>Obesidad grado III o mórbida</b>	$\geq 40$	Aumento muy severo

Dentro de las principales complicaciones en la literatura se encuentran las infecciones, tromboembolias, lesiones a órganos vecinos, hemorragias, neuropatías, dehiscencias, complicaciones cardíacas, digestivas, etc.

La frecuencia de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable, en promedio es de 10.5%; Aproximadamente un 9.1% para la histerectomía abdominal, 7.8% para la histerectomía vaginal y 8.8% para la vía laparoscópica; las más comunes incluyen celulitis de la cúpula vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sepsis y morbilidad febril. (19)

Este tipo de procedimiento involucra la apertura de la vagina, un órgano colonizado por bacterias, no estéril que, de acuerdo con autores como Nissen y Goldstein y Soper, Bump y Hurt, representa la mayor fuente de organismos responsables de complicaciones febriles postoperatorias. (20)

La incidencia de la trombosis venosa profunda entre las pacientes sometidas a cirugía ginecológica mayor oscila entre el 7 y el 47% en función de los factores de riesgo asociados. Se desconoce la incidencia precisa de la trombosis venosa profunda o embolia pulmonar después de la histerectomía; sin embargo, no se considera ésta cirugía como un factor de riesgo independiente.

El infarto al miocardio perioperatorio afecta en un 3% de las pacientes sometidas a cirugía no cardíaca, pero esta tasa varía según los diferentes factores de riesgo. El infarto al miocardio constituye un diagnóstico difícil porque solo el 14% de las pacientes refiere dolor torácico con infarto (21).

En el caso de la histerectomía abdominal, las principales complicaciones de la incisión de laparotomía son la infección, hematoma, lesión de nervios y dehiscencia de herida quirúrgica que ocurre de un 0.3 a un 0.7%,

predominantemente en incisiones medias. La edad, enfermedad médica concomitante y la obesidad incrementan su riesgo. La lesión de los nervios puede ser causada directamente por la incisión o relacionada por las valvas del retractor, o por atrapamiento del nervio en la sutura. (16)

El íleo se presenta hasta en un 2%. Las adherencias son la causa más frecuente de la obstrucción intestinal, tanto cuando ésta se localiza a nivel del intestino grueso (30%) como cuando se localiza a nivel del intestino delgado (60%). Alcanzando una incidencia de 13.6 por 1000 cirugías.

Las lesiones del tracto urinario (uréter o vejiga) ocurren de un 1-2%; se calcula que el 75% de éstas lesiones se producen durante la histerectomía.

Las lesiones del tracto gastrointestinal varían de 0.1- 1 % en histerectomía abdominal. La lesión puede ocurrir durante la liberación de bridas o la disección del fondo de saco posterior. (18)

Las complicaciones hemorrágicas se relacionan al tipo de histerectomía realizada. La media estimada de pérdidas sanguíneas para la histerectomía abdominal es de 238-660.5 ml; para la histerectomía laparoscópica de 156- 568 ml; y para la histerectomía vaginal de 215- 287 ml. Otras variables asociadas son la obesidad, mala exposición visual (anatomía distorsionada atribuida a endometriosis, adherencias, grandes masas), leiomiomas uterinos, habilidad del cirujano y su experiencia práctica, profilaxis farmacológica de la trombosis venosa y el uso concomitante de aspirina. (19)

La dehiscencia de la cúpula vaginal es una complicación postoperatoria exclusiva de la histerectomía. La incidencia estimada de dehiscencia de la

cúpula vaginal es de 0.24%; la histerectomía total laparoscópica tiene la mayor tasa de dehiscencia de la cúpula vaginal siendo éste de un 1.35%. El cierre del peritoneo al final de la histerectomía vaginal o abdominal no influye en el riesgo de presentar dehiscencia de la cúpula vaginal (22).

Las pacientes con obesidad presentan mayores complicaciones siendo éstas las infecciones postoperatorias, lesiones a órganos vecinos y mayor sangrado transoperatorio además de otras comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes. Aumenta el tiempo quirúrgico, la rehospitalización, la reintervención quirúrgica y la estancia hospitalaria, aumentando el riesgo de infecciones nosocomiales.

La morbimortalidad de la histerectomía abdominal siempre se debe de considerar porque siempre existirá un riesgo; pero el objetivo es evitarlas o disminuirlas. (10)

### 2.7.1 Complicaciones infecciosas

La patogenia de la infección empieza con la invasión de microorganismos de la vagina al retroperitoneo, junto con la acumulación de material necrótico, que constituye un medio ideal para el crecimiento bacteriano. (17)

Muchas de las infecciones postoperatorias son polimicrobianas y están causadas por microbios residentes en la vagina, así como por gérmenes anaerobios. La profilaxis antibiótica ha sido ampliamente adoptada en ginecología, sobre todo después de que diferentes estudios prospectivos en la

década de los 80 han demostrado su efectividad para reducir la tasa de infecciones postoperatorias. Una compilación de 16 de estos estudios demostró que la tasa de infecciones tras histerectomía vaginal pasó del 32 al 6% cuando se administraba profilaxis y otro meta-análisis de 25 estudios demostró que dicha tasa pasaba del 21 al 9% en casos de histerectomía abdominal. Los agentes usados con más frecuencia en ginecología para la profilaxis antibiótica son las cefalosporinas. Son efectivas, bactericidas, no tóxicas y baratas. Ningún estudio ha demostrado que antibióticos más recientes (y más caros), sean más efectivos. Es suficiente una dosis administrada durante las dos horas previas a la incisión, sin que haya evidencia. (22)

Manejo: La presencia de fiebre en el periodo postoperatorio es la presencia de temperatura de más de 38° en dos ocasiones. La presencia de fiebre por sí misma no es un signo claro de infección porque también puede ser el resultado de etiología no infecciosa, incluyendo atelectasias, hipersensibilidad a antibióticos o a agentes anestésicos, reacción pirógena al trauma tisular, o a formación de hematomas.

La evaluación de los pacientes postoperados con sospecha de infección debe comenzar con una cuidadosa historia clínica y examen físico. La exploración física debe incluir en base a los antecedentes de la paciente: examen de la garganta y pecho en busca de una infección en las vías respiratorias superiores e inferiores, examen de abdomen para detectar signos de peritonitis o infección en la incisión; examinación de las extremidades inferiores para detectar flebitis o trombosis; y un examen genitourinario en

búsqueda de signos de cistitis, pielonefritis, celulitis del magüillo y hematoma pélvico.

Los estudios paraclínicos pueden coadyuvar a orientar el diagnóstico; como el hemograma, análisis de orina con cultivo. Cultivos de la herida quirúrgica. Se pueden incluir radiografías de tórax, abdomen, US pélvico o TAC; siendo útil éste último en caso de hematoma o absceso. (23)

### 2.7.2 Celulitis del maguillo vaginal

Suele ocurrir al final de la estancia hospitalaria o poco después del egreso. Con una incidencia de 0- 8.3%. Se presenta con fiebre, secreción vaginal purulenta, dolor pélvico, abdominal o de la espalda baja. A la exploración física se revela sensibilidad e induración del manguito vaginal y secreción purulenta. Su origen es polimicrobiano. El tratamiento debe iniciarse empíricamente.

Manejo: Si aparece dentro de los primeros días del posoperatorio puede ser causado por una infección aeróbica, cuyo tratamiento incluye una penicilina de amplio espectro con inhibidor de B- lactamasa o una cefalosporina de última generación. Si no se observa mejoría se puede presumir la presencia anaerobia, y agregarse gentamicina o clindamicina. (25)

### 2.7.3 Hematoma pélvico infectado o absceso



La incidencia de una acumulación de fluidos después de la cirugía se estima en 19.4- 90%. Con la formación de hematoma del 14.6%.

Se presenta con fiebre, escalofríos, dolor pélvico. A la exploración física se encuentra sensibilidad en la pelvis, una masa fluctuante, secreción purulenta o sanguinolenta en el manguito vaginal. En los resultados de laboratorio se puede revelar anemia.

Manejo: Abrir los puntos de sutura en el manguito puede ser diagnóstico y terapéutico para un hematoma infectado o absceso. (20)

#### 2.7.4 Infección de la herida

La mayoría de las histerectomías se clasifican como procedimientos limpios-contaminados con la entrada controlada hacia vagina. Y se clasifica contaminada, si está presente una infección al momento de la cirugía. La incidencia de la infección de herida oscila entre un 0-22.6%.

Se caracteriza por la presencia de fiebre, dolor en el sitio de incisión, secreción purulenta de la herida, eritema, induración o dehiscencia de la misma.

Manejo: El tratamiento consiste en la apertura y desbridamiento de la herida, seguida por curaciones. Hasta que la herida tenga un adecuado tejido de granulación, el cierre es frecuentemente por segunda intención. En las infecciones tempranas se encuentra comúnmente estreptococos b-hemolítico del grupo A o B. Siendo en las infecciones de aparición tardía frecuente encontrar *Staphylococcus aureus*. (16)

### 2.7.5 Infecciones Urinarias

Se presentan en posoperatorio temprano, con incidencia de desde 0-13%. Teniendo como síntomas febrícula, frecuencia urinaria, urgencia y disuria; algunas son asintomáticas. El diagnóstico se respalda con el uroanálisis y confirmación con un urocultivo.

Manejo: Se puede empezar tratamiento ante los síntomas y un análisis de orina sospechoso. El patógeno más común es *Escherichia Coli*. Su tratamiento se basa en el uso de trimetoprim- sulfametoxazol y la nitrofurantoína principalmente. (14)

### 2.7.6 Infección respiratoria

Su incidencia va del 0- 2.16%. Aumentando el riesgo en pacientes con enfermedad pulmonar subyacente. Entre los síntomas encontramos disnea, escalofríos, dolor de pecho, tos y esputo purulento. A la exploración física se encuentra una disminución de los ruidos respiratorios, estertores, taquicardia y fiebre. Una radiografía confirma y localiza la infección, mientras los cultivos del esputo proporcionan la identificación del organismo.

Los principales agentes nosocomiales incluyen *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *E. Coli*, *Klebsiella* *Proteus*, *Serratia* y *E. Coli*. Manejo: Siendo el tratamiento las cefalosporinas de segunda o tercera generación, penicilina más un inhibidor de b- lactamasa, o una fluoroquinolona.

No se ha observado ninguna diferencia en la tasa de infecciones del tracto respiratorio superior en base a la vía de la histerectomía. (13)

#### 2.7.7. Complicaciones tromboembólicas

Esta complicación puede ser mortal y es prevenible. No se sabe su incidencia precisa debido a la falta de estudios que abarquen solamente histerectomías y al control de los factores de riesgo. La cirugía laparoscópica presenta un menor riesgo.

El riesgo aumenta cuando se asocia con edad mayor de 60 años, cáncer, comorbilidades médicas.

Para prevenirla existen métodos que reducen la hipercoagulabilidad y métodos que reducen la estasis, como la heparina no fraccionada, de bajo peso molecular, medias de compresión gradual y dispositivos de compresión neumática.

La TVP se caracteriza por la presencia de dolor en piernas, edema, eritema, disminución de oximetría de pulso o pueden encontrarse asintomáticas.

Manejo: La primera línea de evaluación es el US Doppler. El manejo de la TEP o TVP se basa en la asistencia respiratoria, elevación de las piernas, control del dolor y la anticoagulación inmediata. Con el objetivo de conseguir un tiempo parcial de tromboplastina activado de dos a tres veces al valor control.

(22)

### 2.7.8 Lesiones gastrointestinales o de vías urinarias

Se estima lesiones urinarias de 1-2%. Siendo la tasa de lesión vesical de 0.3-1% en histerectomías abdominales, 2.1% para la laparoscopia y 1.2% para la vaginal. La lesión vesical ocurre con mayor frecuencia durante la disección en el plano prevesical. La lesión ureteral se presenta con menos frecuencia que la vesical, teniendo una incidencia del 0.05-0.5%; siendo la vía laparoscópica la que tiene la mayor tasa, y la vaginal la más baja. Estas lesiones tienen mayor probabilidad de ocurrir durante la disección a lo largo de la pared pélvica lateral.

El tener cirugías pélvicas previas, endometriosis, cáncer, exposición comprometida atribuible a grandes masas pélvicas y hemorragia son factores de riesgo asociados. (9)

Es importante la identificación de las estructuras para evitarlas durante la disección. La lesión vesical puede ser obvia, con salida de orina o puede pasar desapercibida una pequeña lesión.

Manejo: La inyección retrograda de 300 ml de azul de metileno, carmín índigo a través de una sonda Foley debe identificar la presencia de una lesión de la vejiga, la cantidad de sitios de lesión y la presencia de cualquier daño en la capa serosa o muscular. Una lesión ureteral es más sutil. La inyección IV de índigo de carmín revela tanto transección, como obstrucción.

En la reparación vesical se cierran dos capas libres de tensión con permeabilidad confirmada tras el cierre de la primera capa. La primera capa se cierra con una sutura continua de absorción retardada 3-0, posteriormente una sutura imbrincada de absorción retardada 2-0.

La colocación de stens ureterales es necesaria para asegurar la permeabilidad del uréter. (23)

Las lesiones vesicales son generalmente cerca de la cúpula. Mientras que las lesiones cercanas al trigono requieren una evaluación más extensa para descartar una lesión ureteral concomitante durante la reparación. El principio general en la reparación vesical es un cierre libre de tensión de dos capas con permeabilidad confirmada tras el cierre de la primera capa.

Las lesiones del tracto gastrointestinal varían del 0.1% al 1%, con un promedio de 0.3% en histerectomía abdominal y 0.2% en la vía laparoscópica. Mientras que en la vía vaginal varía de 0.1-1%. Existen tres tipos de lesiones: térmica, mecánico directo (instrumentos cortantes así como romos) e indirecto (interrupción del suministro vascular). Las lesiones térmicas pueden pasar inadvertidas en el momento de la cirugía. Cuadro clínico característico es fiebre, elevación de leucocitos, náuseas, vomito, distensión abdominal, abdomen agudo que se desarrollan varios días después de la cirugía. La lesión mecánica directa se identifica más frecuentemente en la cirugía.

Manejo: El tratamiento de una lesión intestinal incluye antibiótico, reposo intestinal, exploración quirúrgica con resección de los segmentos dañados (24)

#### 2.7.9. Complicaciones hemorrágicas

El promedio de pérdidas sanguíneas en histerectomía abdominal es de 238-660.5 ml, para la vía laparoscópica de 156-568ml, para la vía vaginal 215-287 ml.

El que una paciente tenga obesidad, anatomía distorsionada, fibromas uterinos, habilidad del cirujano, experiencia práctica son variables que contribuyen a las complicaciones hemorrágicas.

Existen pocos datos sobre los sitios más comunes de sangrado transoperatorio. (25)

Se debe controlar el suministro vascular primario del útero y el ovario. La pérdida del control de estos pedículos da como resultado sangrado evidente.

Podemos encontrar las hemorragias precoces y tardías:

Hemorragia precoz: Puede producirse durante las primeras 24 horas (habitualmente durante las primeras 8-10 horas) en la pared abdominal, la cavidad abdominal, vagina, tejidos blandos de la pelvis, vejiga o de varios sitios al mismo tiempo. Se debe sospechar un hematoma de la pared abdominal si existe un dolor local, intenso, que puede deformar la pared. En hematomas pequeños es habitual una actitud expectante. Los hematomas grandes, sobre todo si son progresivos, requieren intervención inmediata con ligadura vascular si es posible, limpieza y drenaje.

- Hemorragia vaginal: Es más frecuente después de la histerectomía vaginal que de la abdominal. Suele comenzar varias horas después de la intervención y proceder de la rama cervical o vaginal de la arteria uterina, de los ángulos vaginales de la incisión o de las incisiones de la colpografía. El taponamiento

suele ser útil si el sangrado es leve pero si el sangrado es arterial es necesaria una exploración bajo anestesia.

- Hemorragia extraperitoneal: La hemorragia en el tejido conjuntivo pélvico es difícil de tratar. Se caracteriza por una masa tensa y elástica en la pelvis, tumefacción a nivel del ligamento inguinal y una matidez sobre todo en los flancos.

Afortunadamente suelen ceder espontáneamente. El sangrado suele ser venoso y su origen difícil de localizar. Generalmente es suficiente con la evacuación del hematoma y eliminación del tejido necrótico.

- Hemorragia vesical: Suele producirse en intervenciones urológicas, por la colocación de un drenaje supra púbico o la lesión del órgano durante la cirugía. Se suele controlar con medidas conservadoras (sonda vesical, y lavados vesicales continuos). Si no fuese suficiente se debe tratar con una cistotomía suprapúbica.

Hemorragias tardías; Ocurren habitualmente entre el 7º y 21º días; habitualmente son hemorragias del muñón vaginal después de una histerectomía. Las causas más frecuentes son: reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento anticoagulante y ocasionalmente coito antes de la cicatrización. Es recomendable la exploración bajo anestesia para localizar el punto sangrante. La intervención puede ser dificultosa por la friabilidad y debilidad de los tejidos. En casos excepcionales es necesario realizar una laparotomía y ligar la arteria uterina en su origen. (26)

Manejo: Se debe prestar atención al estado general de la paciente y asegurar la reposición de los productos sanguíneos adecuados. Una regla general es reponer factores de coagulación (plasma fresco congelado, crioprecipitado, plaquetas) por cada 4 unidades administradas de paquete globular; la ligadura de la división anterior de las arterias ilíacas internas es otro recurso utilizado. En última instancia se debe colocar un paquete de presión pélvica y llevar a la paciente a cuidados intensivos para después de 48-72 hrs debe volver a la sala de operaciones para realizar nuevos intentos quirúrgicos de hemostasia. (27)

#### 2.7.10 Lesiones neurológicas.

Es poco común pero francamente significativo. Existe una tasa del 0.2-2% en cirugía pélvica mayor y disminuyendo este porcentaje en histerectomías benignas.

La neuropatía femoral es la más común asociada a la cirugía pélvica. Surge de L2-L4, sus principales funciones son motoras y sensorial de la pelvis y extremidades inferiores. Los sitios más comunes de lesión son la superficie anterior del músculo psoas y el canal inguinal; atribuible a la compresión directa del nervio con los retractores, así como por estiramiento indirecto. El cuadro clínico se identifica en las primeras 72 hrs, incluyen adormecimiento y



parestias sobre la cara anterior del muslo, dolor sordo en la región inguinal, debilidad del cuádriceps, reflejo rotuliano débil. (28)

Manejo: El tratamiento incluye terapia física dirigida a la amplitud del movimiento y fortalecimiento muscular. Para el alivio sintomático del dolor y la inflamación son útiles los AINES así como medicamento anticonvulsivo para aliviar el dolor neuropático.

El nervio ileohipogástrico e ilioinguinal proporcionan suministro sensorial a la parte media del músculo así como a los labios mayores, menores y monte de venus. No emerge ninguna raíz motora en la pelvis. El sitio más común de lesión es a nivel de la pared anterior abdominal, al ser seccionados por una incisión Pfannenstiel ancha o estiramiento excesivo de las capas en la histerectomía abdominal; mientras que en la vía laparoscópica al colocar los trocares lateralmente.

El cuadro clínico se caracteriza por dolor agudo y urente en el área de distribución sensorial. También incluye la lesión del nervio peroneo al estar la paciente en litotomía dorsal con estribos ocasionando pie péndulo (29)

#### 2.7.11 Dehiscencia del maguito vaginal.

Esta complicación es exclusiva de las histerectomías. Con una incidencia de 0.24%. La histerectomía laparoscópica tiene mayor tasa de incidencia (1.35%) en comparación con la abdominal (0.15%) y la vaginal (0.08%). Se

sugiere el aumento en la incidencia en la vía laparoscópica por la utilización única de la electrocirugía monopolar. (24)

Factores que contribuyen a la dehiscencia está el traumatismo directo, maniobras de Valsalva repetidas, tabaquismo, desnutrición, anemia, DM, inmunosupresión.

El cuadro clínico se caracteriza por sangrado postcoital, secreción vaginal acuosa.

Manejo: puede ser quirúrgico o conservador. Debiendo incluir antibiótico de amplio espectro (28).

#### 2.7.12 Complicaciones digestivas

En la mayoría de casos el aparato digestivo recupera su función normal al tercer día del post-operatorio; de hecho se calcula que el intestino delgado recupera su funcionalismo en 6 a 12 horas, el estómago en 12 a 24 horas y el intestino grueso en 48 a 72 horas, aunque la manipulación excesiva del intestino durante la cirugía, el uso de narcóticos y otras circunstancias pueden alargar estos periodos. Sin embargo, el inicio precoz (a las 6 horas de la intervención) de la ingesta hídrica o dieta ligera no se ha asociado con un aumento de la incidencia de íleo paralítico. El íleo implica disminución o ausencia de la función propulsiva intestinal debido a parálisis u obstrucción

mecánica. Si persiste, el intestino comienza a distenderse y su contenido queda secuestrado con gran pérdida de agua, electrolitos y albúmina ocasionando hipovolemia, elevación diafragmática, insuficiencia respiratoria y shock. Se produce en el 2% de todas las histerectomías abdominales por patología benigna y sólo en el 0.2% de las vaginales, aunque puede llegar al 4% cuando se tienen en cuenta todas las cirugías. La obstrucción intestinal tiene una incidencia del 0.1-1% y puede aumentar hasta el 20% cuando se añaden factores de riesgo como cirugía oncológica o radioterapia postoperatoria. Las adherencias son la causa más frecuente de la obstrucción intestinal, tanto cuando ésta se localiza a nivel del intestino grueso (30%) como cuando se localiza a nivel del intestino delgado (60%).

Existen datos que sugieren que la histerectomía es una de las operaciones previas más frecuentes en estas pacientes. El pronóstico depende de la duración del íleo. Son importantes el diagnóstico y tratamiento precoces.

Se distingue durante el periodo postoperatorio entre el íleo temprano y el tardío. Dependiendo de la causa y de los síntomas en:

- a) íleo mecánico (obstrucción intestinal);
- b) íleo paralítico, funcional o dinámico
- c) íleo mixto

Los síntomas de un íleo funcional son: dolor abdominal, sensación de plenitud, distensión de la porción superior del abdomen, vómitos y náuseas. No hay ruido intestinal y la percusión de la pared demuestra la existencia de líquido. En la radiografía de abdomen puede observarse dilatación de asas de intestino delgado con ausencia de gas en las asas posteriores a la obstrucción

(en caso de que exista). Asimismo, en casos de obstrucción, suele existir leucocitosis con desviación izquierda.

La obstrucción por estrangulamiento de un asa producida por adherencias intraperitoneales ocurre entre el 5º-7º día. El cuadro clínico puede asociarse con una obstrucción parcial o completa (íleo mecánico). Los síntomas son dolor cólico abdominal, vómitos y un aumento de los ruidos peristálticos con sonidos metálicos. Si se produce la encarcelación del asa aparecen de forma aguda.

Manejo: Descompresión del estómago e intestino con una sonda nasogástrica conectada a aspiración. Cuando la atonía postquirúrgica es más prolongada es conveniente realizar radiografía de abdomen en vacío ortoestática. Corregir cualquier trastorno del equilibrio hidroelectrolítico y mantener un equilibrio ácido-base adecuado. Estimulación del peristaltismo con agentes colinérgicos. También se pueden administrar laxantes o enemas. Si las medidas conservadoras y la aspiración gastrointestinal no mejoran el cuadro en 48 horas será conveniente realizar nueva cirugía para buscar y solucionar la causa del íleo. (29)

### CAPÍTULO III

#### HIPÓTESIS.

La infección de la herida quirúrgica y las lesiones intestinales fueron las complicaciones más frecuentes en las pacientes postoperadas de histerectomía abdominal y vaginal en el Hospital Universitario durante el periodo comprendido 2013-2015.

## CAPÍTULO IV

### OBJETIVOS.

#### Objetivo general:

Conocer las complicaciones que con mayor frecuencia se presentaron en las pacientes sometidas a histerectomías totales abdominales y vaginales en el Hospital Universitario del 2013-2015

#### Objetivos específicos:

- 1) Determinar las características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Universitario que tuvieron alguna complicación.
- 2) Conocer la vía de abordaje asociada a una mayor incidencia de complicaciones durante el periodo 2013-2015.
- 3) Valorar el manejo que se le dio a dicha complicación.
- 4) Identificar las complicaciones más frecuentes que involucran las histerectomías.
- 5) Identificar los diagnósticos de las pacientes programadas para histerectomía en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.
- 6) Observar cual es el diagnóstico pre y postoperatorio que se relaciona más con alguna complicación.
- 7) Determinar cuál fue el factor de riesgo más frecuente que se relaciona con alguna complicación.
- 8) Determinar el promedio de edad de las pacientes sometidas a histerectomía.

- 9) Valorar los criterios clínico – quirúrgicos de las pacientes para la elección del abordaje, tales como: obesidad, endometriosis, tamaño uterino, cirugías abdominales previas.
- 10) Determinar la duración promedio de días de estancia hospitalaria de las pacientes sometidas a histerectomía.

## CAPÍTULO V

### MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo sobre las principales complicaciones en histerectomías abdominales y vaginales totales en el Hospital Universitario del 2013 al 2015.

Se incluyeron los expedientes de todas las pacientes sometidas a histerectomías abdominales y vaginales durante el periodo 2013-2015 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González mayores de edad, con alguna enfermedad ginecológica benigna o maligna.

Se excluyeron pacientes cursando puerperio, intervenidas en alguna otra institución, que se les había realizado una histerectomía vía laparoscópica, así como pacientes sometidas a algún otro protocolo de investigación.

Se solicitó en el Departamento de Estadística una lista del total de Histerectomías vaginales y abdominales realizadas en el periodo 2013-2015 en el Hospital Universitario.

Se revisaron expedientes de dichas pacientes en el Departamento de Archivo y se tomaron en cuenta la edad de la paciente, menarquia, gestas, menopausia, comorbilidades, antecedente de cirugías previas, peso de la paciente, hemoglobina de ingreso, la vía quirúrgica, el tiempo de duración de la cirugía, los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios así como la cirugía planeada y



la realizada, así como el tipo de complicación que se haya presentado. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de los datos

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS.

De las 1003 histerectomías, el 97% (986) se realizaron por vía abdominal y el 3% (35) se realizaron por vía vaginal. El promedio de edad de las pacientes fue de 44.4 años (rango de 22-76 años). El promedio de paridad fue de 3.42 hijos (rango: 0-12 hijos), 42 pacientes eran nuligestas. De las 1003 pacientes, 51.9% (510) tenían antecedente de cesáreas: 1 cesárea previa 154 casos (15.35%), 2 cesáreas previas 210 casos (20.9%), 3 cesáreas previas 147 casos (14.65%), 4 cesáreas previas 10 casos (0.99%). El 48.05% (482 casos) no tenían antecedente de cesáreas. Tabla 4

Tabla 4. Número de cesáreas previas.

Cesáreas previas	Pacientes	Porcentaje
Ninguna	482	48.05%
CP1	154	15.35%
CP2	210	20.93%
CP3	147	14.65%
CP4	10	0.99%

La edad promedio de la menarquia fue de 12.75 años (8-19 años); 154 (15.35%) pacientes estaban en la menopausia y 849 (84.64%) continuaban menstruando. El peso promedio de las pacientes fue de 74.85 kg (46.5 a 150 kg).

El número de pacientes con comorbilidades fue de 205 casos (20.43%) e incluyó DM (diabetes mellitus) 56 casos (5.58%), HTA (hipertensión arterial) 47 casos (4.68%), hipotiroidismo 40 casos (3.98%), HTA e hipotiroidismo 21 casos (2.09%), HTA y DM 14 casos (1.39%), dislipidemia 8 casos (0.79%), asma bronquial 8 casos (0.79%), HTA y dislipidemia 7 casos (0.69%), glaucoma 2 pacientes (0.19%), TDM (trastorno depresivo mayor) 2 casos (0.19%). Figura 3

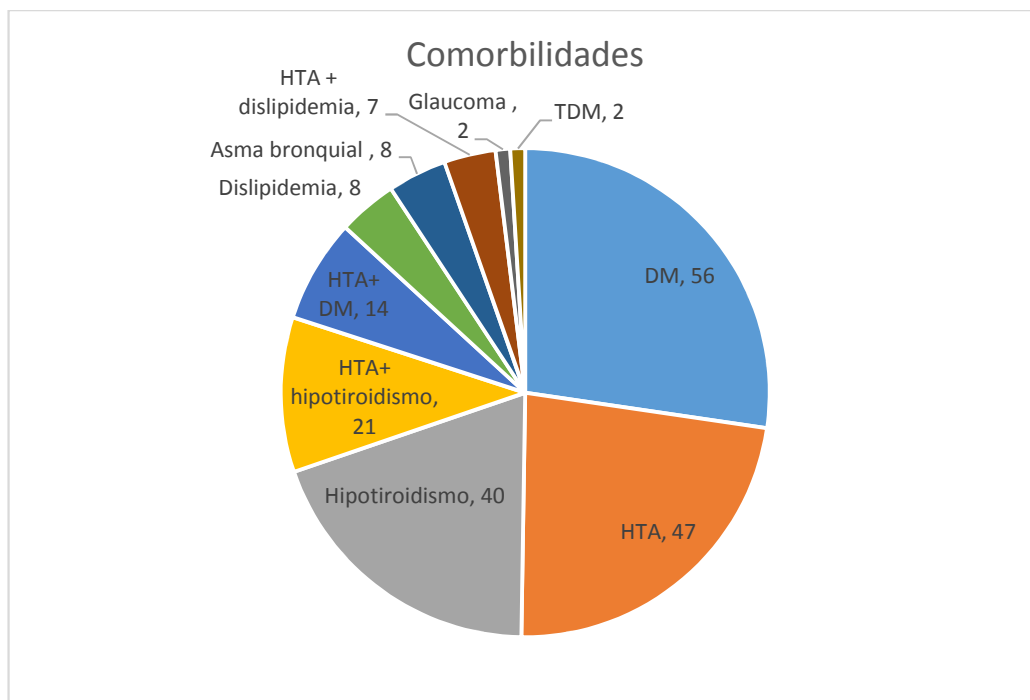


Figura 3. Comorbilidades

De las 1003 pacientes, 30.2% tenía antecedente de cirugías previas sin incluir cesáreas; se encontró SPCB (salpingoclasia bilateral) en 101 casos (10.06%), colecistectomía 98 casos (9.77%), apendicectomía 41 casos (4.08%), SPCB y colecistectomía 30 casos (2.99%), hernioplastía 15 casos (1.49%), SPCB y hernioplastía 6 casos (0.59%), quistectomía 2 casos (0.19%), salpingectomía 2 casos (0.19%), apendicectomía, colecistectomía y SPCB 2 casos (0.19%), ooforectomía 2 casos (0.19%), colecistectomía, SPCB y lipectomía 1 caso (0.09%), LAPE (laparotomía exploradora) diagnóstica 1 caso (0.09%), adbominoplastía y bypass gástrico 1 caso (0.09%), nefrectomía 1 caso (0.19%). Tabla 5

Tabla 5. Cirugías previas

<b>Cirugías previas</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
SPCB	101	10.06%
Colecistectomía	98	9.77%
Apendicectomía	41	4.08%
SPCB+ Colecistectomía	30	2.99%
Hernioplastía umbilical	15	1.49%
SPCB+ hernioplastía	6	0.59%
Quistectomía	2	0.19%
Salpingectomía	2	0.19%
Apendicectomía+ colecistectomía+ SPCB	2	0.19%
Ooforectomía	2	0.19%
Colecistectomía+ SPCB+ lipectomía	1	0.09%
LAPE diagnóstica	1	0.09%
Abdominoplastía + Bypass gástrico	1	0.09%
Nefrectomía	1	0.09%
Total	303	30.20%

#### Diagnóstico prequirúrgico y posquirúrgico

Los principales diagnósticos prequirúrgicos de histerectomías, tanto abdominales como vaginales, fueron: HUA (hemorragia uterina anormal) por miomatosis 67.9% (682), tumoración anexial 7.27% (73), cáncer de endometrio

4.08% (41), absceso tuboovárico 3.48% (35), cáncer cervicouterino in situ 3.48% (35), sangrado posmenopáusico 2.29% (24), hiperplasia endometrial 2.19% (22), relajación pélvica 2.09% (21), pólipo endometrial 1.79%, Lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) 1.39% (14), cistocele 1.39% (14), apendicitis 0.89% (9), tumoración abdominopélvica 0.69% (7), cáncer cervicouterino (CaCu) 0.29% (3), virus del papiloma Humano (VPH) + 0.19% (2), CaCu IB1 0.09% (1), cáncer (Ca) de colon 0.09% (1), aborto incompleto 0.09% (1). Figura 4.

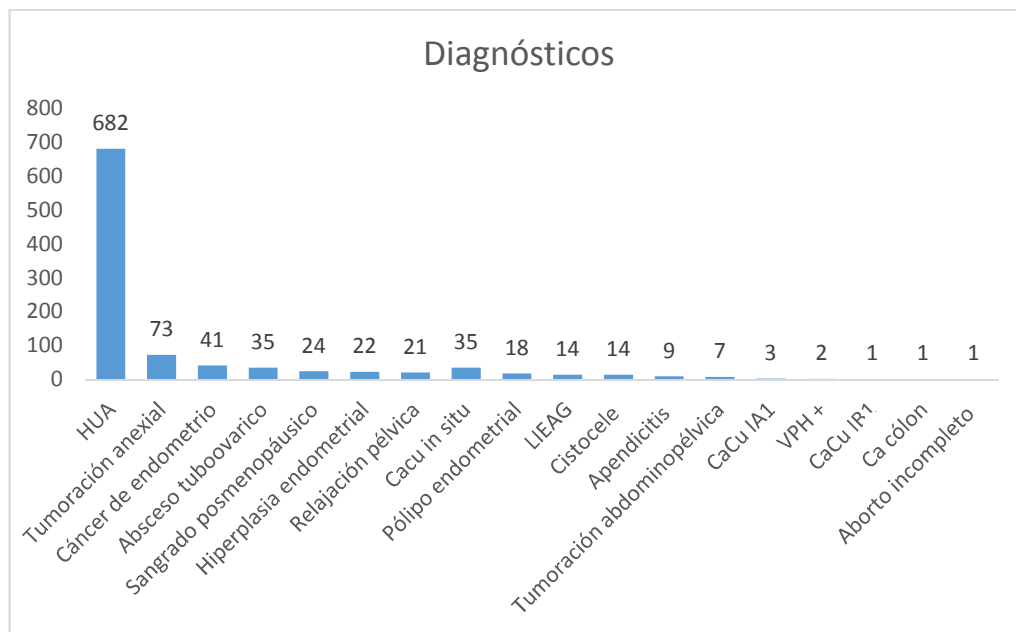


Figura 4. Diagnósticos preoperatorios.

Los diagnósticos postoperatorios fueron HUA (hemorragia uterina anormal) 67.99% (682), absceso tuboovárico 6.08% (61), tumoración anexial 5.98% (60), Ca (cáncer) de endometrio 4.08% (41), Ca in situ 3.48% (35), sangrado posmenopáusico 2.39%, (24), hiperplasia endometrial 2.19% (22), relajación pélvica 2.09% (21), pólipo endometrial 1.79% (18), LIEAG 1.39% (14), cistocele

1.39% (14), endometrioma 0.69% (7), VPH + 0.19% (2), Ca de Colon 0.09% (1), embarazo ectópico cervical 0.09% (1). Figura 5

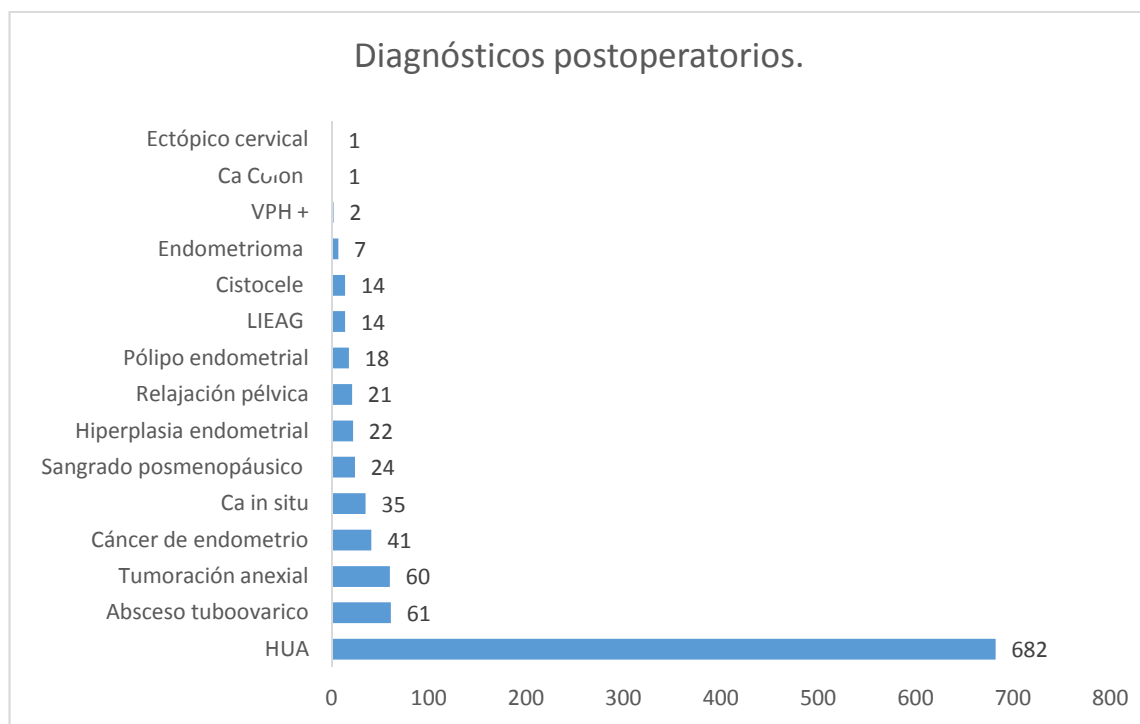


Figura 5. Diagnósticos postoperatorios.

Las cirugías programadas fueron: HA (histerectomía abdominal) simple 60.81% (610), HA y SOB (salpingooforectomía bilateral) 9.07% (91), LAPE 8.3% (84), estadificadora de endometrio 4.08% (41), HA y ablación de endometrio 3.48% (35), HA más manguillo 3.48% (35), histerectomía a valorar vía 2.79% (28), HA más SOI (salpingooforectomía izquierda) 2.09% (21), HV (histerectomía vaginal) 2.09% (21), HA más quistectomía 2.09% (21), HV más cistopexia 1.39% (14), Histerectomía radical modificada 0.09% (1) y AMEU (aspirado manual endouterino) 0.09% (1).

Las cirugías realizadas fueron: HA simple 475 casos (47.45%), HA más SOB 202 casos (20.13%), HA más SOI 91 casos (9.07%), HA más SOD (salpingooforectomia derecha) 63 casos (6.28%), estadificadora de endometrio 35 casos (3.48%), HA más ablación de endometrio 35 casos (3.48%), HA más manguillo 35 casos (3.48%), HV 21 casos (2.09%), HA más quistectomía 21 casos (2.09%), HV más cistopexia 14 casos (1.39%), HA más miomectomía 7 casos (0.69%), Histerectomía radical modificada 1 caso ( 0.09%), HA más SOB más apendicectomía 1 caso (0.09%), HA más SOB más omentectomía 1 caso (0.09%), HA más SOD más apendicectomía 1 caso (0.09%). Figura 6

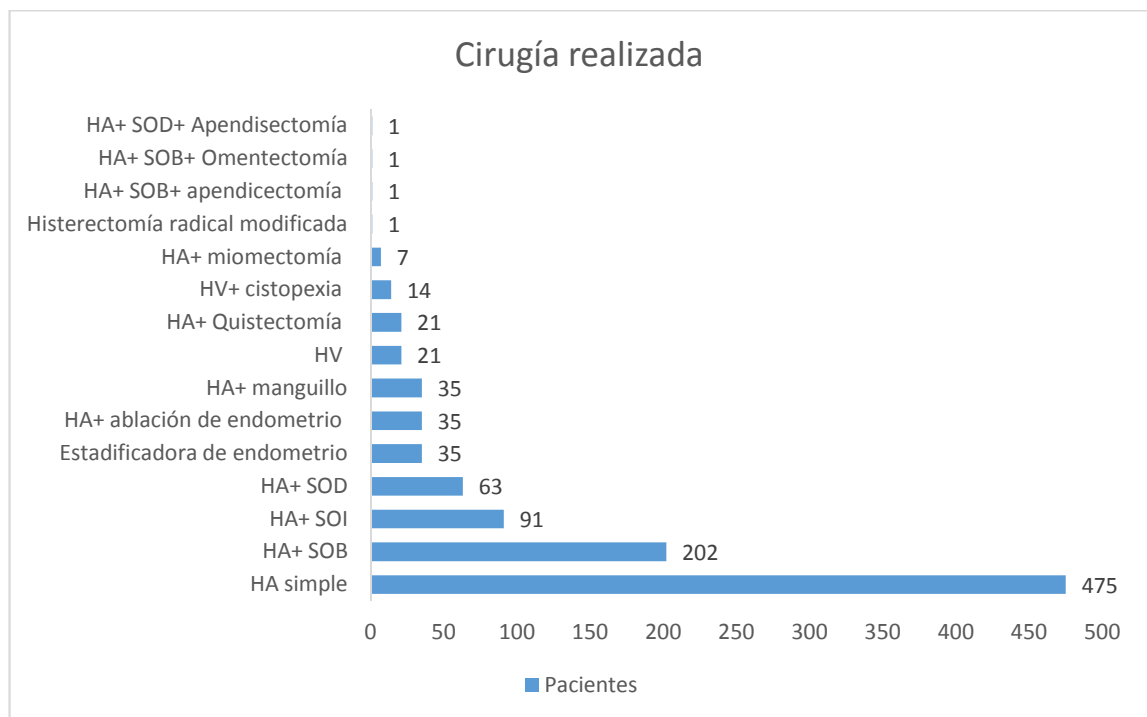


Figura 6. Cirugía realizada

El promedio de hemoglobina prequirúrgica fue 12.46 gr. Tabla 6



Tabla 6. Hemoglobina preoperatoria

Hemoglobina	Pacientes	Porcentaje
7.1-8.0	2	0.19%
8.1-9.0	42	4.18%
9.1-10	119	11.86%
10.1- 11.0	112	11.16%
11.1-12.0	140	13.95%
12.1-13.0	182	18.14%
13.1-14.0	231	23.03%
14.1-15.0	140	13.95%
15.1-16.0	21	2.09%
16.1-17.0	14	1.39%

El tiempo quirúrgico promedio fue de 1 hr 30 min a 2 hr. Los días de estancia intrahospitalaria fue de 3.32 días.

#### Complicaciones

De las 1003 histerectomías, el 11.76% (118 casos) tuvo alguna complicación entre las que se encuentran: granuloma piógeno en la cúpula vaginal 21 casos (2.09%), herida quirúrgica infectada 16 casos (1.59%), herida quirúrgica dehiscente 14 casos (1.39%), IVUB (infección de vías urinarias bajas) 14 casos (1.39%), lesión intestinal 14 casos (1.39%), lesión intestinal más herida quirúrgica infectada 12 casos (1.19%), hemorragia 10 casos (0.99%), punción

inadvertida 10 casos (0.99%), lesión vesical 3 casos (0.29%), hernia postincisional 3 casos (0.29%), fístula vesical y rectal 1 caso (0.09%). Figura 7

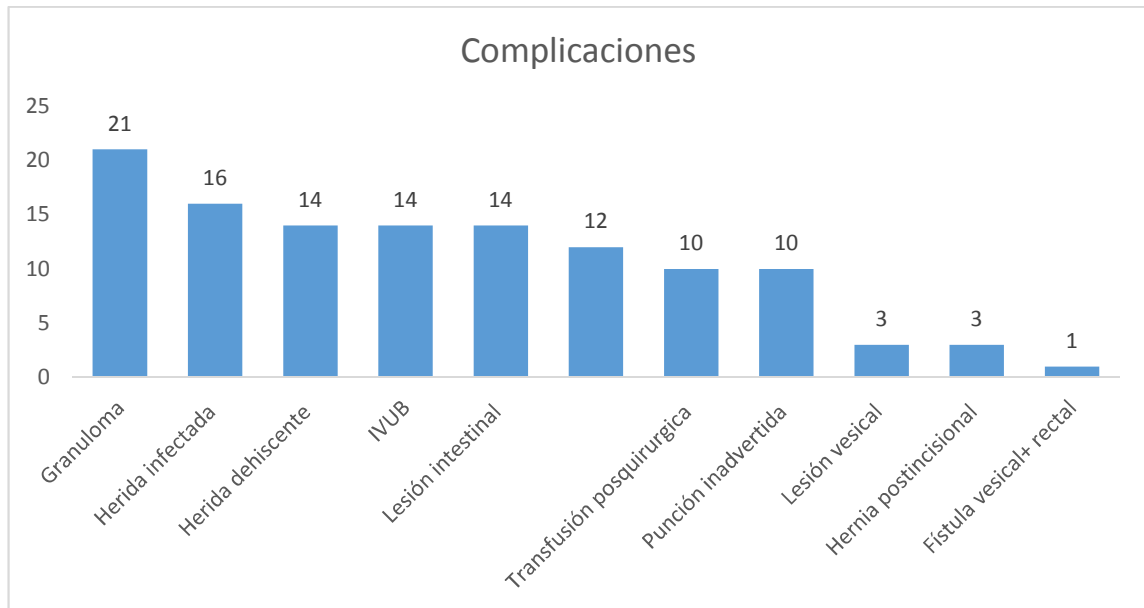


Figura 7. Complicaciones

En todas las pacientes que tuvieron como complicación granuloma piógenes en la cúpula vaginal se realizó histerectomía abdominal y no se identificó algún factor de riesgo. Se registraron dos casos de dehiscencia de la herida quirúrgica en 2 pacientes con diabetes mellitus mal controlada

Las pacientes que tuvieron lesión intestinal y vesical se les realizó histerectomía abdominal y presentaron antecedente de cesáreas previas, así como diagnóstico postoperatorio de absceso tuboovárico que representan 30 pacientes (2.99%).

Las pacientes que tuvieron IVUB fue más frecuente en las histerectomías vaginales y no se identificó otro factor de riesgo.

En las que se presentó infección de la herida quirúrgica el diagnóstico postoperatorio fue de absceso tuboovárico, así como DM con mal control.

En las pacientes que tuvieron diagnóstico de hernia postincisional padecían obesidad y las que tuvieron punción inadvertida o advertida tenían antecedente de cirugías previas y obesidad.

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN.

Dado que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las mujeres y a pesar que se han venido modificando los abordajes para extraer el útero y los anexos, tanto por vía vaginal como con ayuda laparoscópica, no siempre es posible este tipo de operación en todas las pacientes. Más aún, en América Latina, la mayoría de histerectomías es realizada por vía abdominal. (18)

En cualquier procedimiento se busca que ofrezca tiempos operatorios cortos, menos dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria y una recuperación más rápida.

Debido a la frecuencia con que se realiza la histerectomía, como cirugía ginecológica, se asocia a complicaciones dependientes de la indicación y vía de abordaje principalmente. (21)

En el periodo comprendido de 2013- 2015, en el servicio de Ginecología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, se practicaron 1003 histerectomías.

Al analizar las indicaciones de la cirugía, se observó que es más frecuente la enfermedad benigna (el 91.2%) que la maligna (el 9.1%). La indicación por excelencia fue la presencia de leiomiomas uterinos en los 3 años estudiados. Esto coincide plenamente con los datos publicados por el American College of

Obstetricians and Gynecologists, que afirma que los miomas son la indicación más frecuente de la histerectomía (4).

En el 97% de las pacientes de nuestro estudio, el procedimiento fue realizado por vía abdominal, mientras que apenas 3% por vía vaginal; concordando con otras referencias internacionales. (24)

El 84.6% se efectúan en el grupo de edad reproductiva, alrededor del 15.35% en mujeres menopáusicas. La edad media fue de 44.4 años de las pacientes intervenidas, lo que se aproxima a la literatura donde se reporta que la edad promedio de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal es de 45.2 años y 49.3 años para la histerectomía vaginal. (25)

Las complicaciones que aparecen asociadas a la histerectomía abdominal son: infecciones, tromboembolias, las lesiones a órganos vecinos, principalmente intestino (0.3%), vejiga y recto (0.3%), siendo de especial importancia las que afectan a los uréteres (0.2%), por su cercanía a la arteria uterina. Estas estructuras tienen mayor riesgo de lesión durante la cirugía, por su cercanía a las líneas de incisión, compresión y sutura. Asimismo, la magnitud del riesgo está influenciada por diferentes variables, que incluyen la edad y el estado general de la paciente, las indicaciones de la cirugía, la urgencia del procedimiento, la experiencia y entrenamiento del cirujano y la vía de abordaje quirúrgico (27).

La complicación más frecuente en las histerectomías son los granulomas piógenos en la cúpula vaginal con una incidencia del 2.09%, seguida de las heridas quirúrgicas infectadas. Esto seguido de las infecciones postoperatorias, principalmente las del sitio quirúrgico y de las vías urinarias, lo que se explica

por la contaminación de la cavidad peritoneal con flora bacteriana de la parte superior de la vagina durante su apertura. Cabe mencionar que el riesgo de presentar complicaciones es inherente al procedimiento y muy probablemente independiente de la técnica empleada, siendo su proporción similar a lo encontrado en series grandes de la literatura (28).

En una revisión (2013) del comité de expertos de la ACOG, reportan complicaciones infecciosas después de histerectomía del 10.5% en HA, 13% en HV, y para HL de 9.0% (25)

Meltoma, Makinen, Taalikka y Helenius identificaron cinco factores de riesgo claramente relacionados con la morbilidad infecciosa, entre éstos, el no uso de antibiótico profiláctico, la cantidad de sangrado durante el procedimiento, el cateterismo vesical prolongado posterior a la cirugía, la presencia de anemia en el periodo prequirúrgico y el uso de drogas anticolinérgicas para tratamiento de incontinencia urinaria. Factores en la técnica quirúrgica como el cierre o no de la cúpula vaginal no han mostrado beneficio o riesgo alguno, en cuanto al porcentaje de complicaciones. (14) Según la literatura, la hemorragia se presenta en 1-10% de los casos (15), lo que concuerda con nuestros resultados que reportan 0.99%

La lesión intestinal en nuestro estudio tuvo una incidencia de 2.67% y la lesión vesical 0.29%, mientras que la fistula recto vesical fue de 0.09%; La frecuencia registrada de lesiones intraoperatorias en vejiga es del 0.3- 1%; en uréteres del 0.1-0.5% y en intestino del 0.03-0.5%. La frecuencia de fístulas vesicovaginales está en torno al 0-0.2%, las uterovaginales entre el 0-0.1% y las rectovaginales en 0-0.06%. (29)

En otro estudio realizado por Ibeanu y cols, reportan un 4.3% de lesión, en un 2.9% lesiones vesicales y 1.8% lesión ureteral. (27)

En una revisión de Cochrane en 2009 reportan la lesión intestinal durante la histerectomía en general en 0.1% a 1%, en la HA y en HL 0.2%, en HV 0.2%, sin diferencia en relación a la vía de abordaje, las lesiones intestinales no reconocidas usualmente presentan síntomas como náusea, vómito, anorexia, dolor abdominal, y fiebre. (23)

En el estudio VALUE (Vaginal, Abdominal or Laparoscopic Uterine Excisión) el promedio de estancia intrahospitalaria fue de 5 días (28). En nuestro estudio fue de 3.3 días, debido a la baja incidencia de complicaciones y pronta evolución de las pacientes.

Los datos obtenidos sugieren que la HV, cuando no está contraindicada, es la vía de acceso recomendable para realizar una histerectomía por sobre la HA, debido fundamentalmente a su menor morbilidad asociada, menor estadía hospitalaria y menor costo de producción y de gastos. Esto último propone a la HV en relación a la HA, como la ruta más acertada cuando el abordaje por esta vía es el apropiado y no presenta contraindicaciones. Al optar por la vía vaginal es importante considerar diversos factores como el tamaño uterino, la patología con compromiso extrauterino, la severidad de la patología y, lo más importante, la existencia de preparación y experiencia de parte de los especialistas para realizar la cirugía (25).

La histerectomía abdominal seguirá siendo frecuente en el futuro (19).

## CAPÍTULO VIII

### CONCLUSIÓN.

La histerectomía abdominal fue la vía de elección más frecuente en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González siendo ésta la que mayor número de complicaciones presentó en el estudio.

No se demostró la hipótesis en este estudio, siendo la complicación más frecuente el granuloma piógeno seguida de la dehiscencia e infección de la herida quirúrgica. Siendo como factor de riesgo principal el diagnóstico postoperatorio un proceso infeccioso.

Las lesiones al tracto urinario e infeccioso estuvieron presentes en los abscesos tuboováricos.

La mayoría de las pacientes tenían alguna cirugía previa abdominal, comorbilidades como DM, HTA e hipotiroidismo, eran obesas o tenían sobrepeso, así como hemoglobina baja y cursaban con algún proceso infeccioso intraabdominal.

El promedio de edad de las pacientes sometidas a histerectomía fue 49 años.

El tiempo quirúrgico promedio fue 2.16 hrs

En cuanto al manejo, en el granuloma piógeno se manejó con óvulos cicatrizantes y en otros casos se extrajo por torsión, a las heridas quirúrgicas infectadas se les realizaron curaciones y antibioticoterapia y se realizó cierre



por segunda intención, las IVUB se trataron con antibiótico; en las lesiones vesicales se interconsultó con el servicio de urología quienes realizaron cierre primario y se dejó sonda por 1 mes; en las lesiones intestinales se interconsultó con el servicio de cirugía general quienes repararon las lesiones y en los casos de hemorragia, se manejaron con líquidos y transfundieron paquetes globulares.

El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 3.3 días.

La frecuencia de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias depende en gran medida de los riesgos relativos de la paciente (edad avanzada, enfermedades concomitantes (particularmente la diabetes, anemia, trastornos de coagulación, cáncer, inmunodepresión), obesidad). La tasa de complicaciones también depende de la experiencia y cuidado de la cirugía, de si otros procedimientos están indicados junto a la histerectomía, de si se toman medidas profilácticas (anticoagulantes, antibióticos, terapia respiratoria) y de los cuidados postoperatorios. Se sugiere llenar un formato estandarizado para recolectar mejor los datos de las pacientes sometidas a histerectomía y poder identificar factores de riesgo en nuestra comunidad sugerido por estudios previos.

## CAPÍTULO IX

### ANEXOS.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Cédula Ciudadanía: \_\_\_\_\_  
Historia clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta. \_\_\_\_\_  
Motivo de cirugía: \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_

#### Antecedentes

Obesidad                      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
HTA                            Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
DM                             Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

GO: M: \_\_\_\_\_ Ciclos \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ G P A C V

FUM \_\_\_\_\_ Planificación \_\_\_\_\_

Flujo \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Citología: reporte \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Inflamación    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ecografía preoperatoria. Fecha \_\_\_\_\_

Reporte \_\_\_\_\_

Hemoglobina preQx \_\_\_\_\_

Anticoagulación profiláctica                      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha de cirugía \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Tipo de incisión \_\_\_\_\_

Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_

Duración \_\_\_\_\_ Sangrado \_\_\_\_\_

Cierre de peritoneo                      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cierre de cúpula                      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Complicaciones \_\_\_\_\_

Transfusión POP      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuántas unidades \_\_\_\_\_  
Estancia hospitalaria \_\_\_\_\_

(10)

## CAPÍTULO X

### BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Valle L., Seara S. y García J.A. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía. Registro informatizado 2002-2003. Unidad de Ginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España. Rev Calidad Asistencial 2005. Vol 20. Junio 2005
- (2) López-Olmos, J. Complicaciones en las histerectomías abdominales. Estudio sobre una serie de 315 casos. Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Rev Toko-Gin Pract, 2002;61 (3):142-151
- (3) Z. O. Inal & H. A. Inal Comparison of abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomies in a tertiary care. Ir J Med Sci. 2018 May;187(2):485-491. doi: 10.1007/s11845-017-1660-6
- (4) The American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's Health Physicians. La histerectomía. Search patient education pamphlets. [Internet] 2018. Recuperado a partir de <https://acog.org/patients/search>
- (5) Lonky L., Mohan Y., Chiu V, Park J., Kivnick S., Hong C. and Hudson S. Hysterectomy for benign conditions: Complications relative to surgical approach and other variables that lead to post-operative readmission within 90 days of surgery. Women's Health 2010 Volume 13: 1– 10
- (6) Manríquez V., Naser M., Gómez M. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años,

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. REV CHIL OBSTET GINECOL 2013; 78(6): 432 – 435

(7) Recari L, Oroz L, Lara J. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Complications of gynaecological surgery. Rev An. Sist. Sanit. Navar. 2009, Vol. 32, Suplemento 1.

(8) Hollman J, Rodríguez G. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. Rev Arch Inv Mat Inf 2014;VI(1):25-30

(9) Clarke-Pearson DL y Geller EJ. Complicaciones de la histerectomía. 2013 por The American College of Obstetricians and Gynecologists. ISSN: 0029-7844/13

(10) Colmenares C., Santana N., Márquez G., Guerra L., Factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a histerectomía: estudio de casos y controles. Rev Ciencias de la Salud. Bogotá (Colombia) 1 (1): 31-44, abril-junio de 2003

(11) Solá V., Ricci P., Pardo J., Giloff E., Histerectomía: Una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5): 364-372

(12) S J, Berek, MSS. Ginecología de Novak. 14ª edición Barcelona (España). Lippincott Williams Wilkins. 2000; 345-380

(13) Histerectomía abdominal. Mayo Clinic. [Internet] 2018 Recuperado a partir de <https://mayoclinic.org>

(14) Hysterectomy. Women's health Queensland 2001. Pág 1-6. [Internet] 2018 Recuperado a partir de <https://womhealth.org.au>

- (15) Hysterectomy: What you need to know. Cleveland Clinic 2018. [internet] 2018 Recuperado a partir de [https:// my.clevelandclinic.org](https://my.clevelandclinic.org)
- (16) García M.E., Romero M.E. Histerectomía. Evaluación de dos técnicas quirúrgicas. Rev Cubana Obstet Ginecol v.35 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2009
- (17) Manríquez V., Naser M., Gómez M. Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Revista Chilena Obstetricia Ginecología 2013; 78(6): 432 – 435
- (18) Carpio L., Garnique M.A., Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2009;55:266-272.
- (19) Monzón O., Rendón G.J., Echeverri L., Pareja R. Complicaciones asociadas a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica en mujeres con cáncer de cérvix en el Instituto de Cancerología Clínica Las Américas, Medellín, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 64 No. 1 Enero-Marzo 2013 (46-52)
- (20) Vessey MP, Villard L, McPherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. Rev Obstet Gynaecol 1992;99:402-7.
- (21) Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. BMJ 2005;330:1478-doi:10.1136/bmj.330.7506.1478

- (22) John, A et al. 2008. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. México. Editorial Médica Panamericana. Página: 1150-1178.
- (23) López Olmós J. 2007. Histerectomías abdominales: Influencia del material de sutura en la cúpula vaginal sobre la frecuencia de granulomas, infección y hematomas. Estudio prospectivo. Clin Invest Ginecol Obstet. Vol.: 27. No.2 Febrero, 2000, páginas 41-67
- (24) Ibeanu OA, Chesson RR, Echols KT. Urinary tract injury during hysterectomy based on universal cystoscopy. Obstetrics & Gynecology 2009; 113 (1): 6 -10.
- (25) Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, CurrE.Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub4.
- (26) Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. Clinical expert series. Obstet&Gynecol 2013; 0: 1-20.
- (27) Castillo J.L, et al. 1991. La histerectomía total: morbilidad y complicaciones a corto y medio plazo. Cli. Invest Ginecol Obstet. Vol: 18. Página: 6-10
- (28) Harris, W. 1997. Complicaciones de la histerectomía. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Vol: 5. Páginas: 875- 881
- (29) Nichols, C et al. 2011. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia. Madrid España. Editorial Marbán. Páginas: 437-443

## CAPÍTULO XI

### RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.

Ana Lucía Polanco Sosa.

Candidato para el Grado de

Ginecología y Obstetricia

Tesis: PRINCIPALES COMPLICACIONES EN HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES Y VAGINALES TOTALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL 2013- 2015.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: Nacida en Saltillo, Coahuila el 29 de Diciembre de 1987, hija de Fernando Polanco Chávez y Patricia Guadalupe Sosa Sánchez.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en 2012.

Experiencia Profesional: Servicio social en el DIF Capullos del periodo 2012- 2013, inicié la residencia de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario del 2014- 2018. Rotación de campo en el Hospital General de Dr. Arroyo durante el periodo Noviembre 2017- Febrero 2018.



